

Linha do Tempo - História das Políticas de Saúde no Brasil

1. 1500-1822: Brasil Colônia

- **Curandeirismo:** Tratamentos baseados em práticas empíricas.
- **Jesuítas:** Atuação das Santas Casas de Misericórdia.
- **Escassez médica:** Dependência de boticários e curandeiros.

2. 1808: Vinda da Família Real

- Transferência da capital para o **Rio de Janeiro**.
- Início de políticas sanitárias rudimentares:
 - **Higienização somente da capital.**
 - Controle de epidemias e condições de vida da população.

3. Até 1850: Saúde Pública Inicial

- Delegação das ações sanitárias para **juntas municipais**.
- Controle sanitário focado em **navios e portos**, priorizando o comércio e **interesses econômicos**.

4. 1850-1889: Brasil Império

- Avanço limitado nas políticas de saúde.
- Predomínio do **modelo sanitarista/campanhista**:
 - Campanhas pontuais contra doenças epidêmicas.
 - Enfoque em ações voltadas para grupos específicos.

1. 1889: Proclamação da República

- Enfoque em **modernizar o Brasil** e adaptar-se ao capitalismo global.
- **Medicina higienista** começa a influenciar o planejamento urbano e políticas de saúde.
- Medidas Jurídicas Impositivas: Notificação de doenças; **Vacinação obrigatória**; Vigilância sanitária.
- Medidas jurídicas impositivas = uso do poder de polícia.

2. 1891: Constituição Republicana

- Responsabilizou os **estados** pelas ações de saúde, saneamento e educação.

3. Início do Século XX: Quadro Sanitário

- A cidade do **Rio de Janeiro** enfrentava condições sanitárias caóticas, agravadas por doenças como febre amarela, varíola e peste bubônica.
- Navios estrangeiros evitavam o porto devido às epidemias.
- Perda de mão de obra e capital como efeito negativo também do quadro sanitário

4. 1903: Nomeação de Oswaldo Cruz

- Nomeado diretor geral de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de **febre amarela** no Rio de Janeiro, **mas determina** ações impositivas de **vacinação obrigatória contra a varíola**. É aqui que gera a Revolta da Vacina.

5. 1904: Revolta da Vacina

- Reação popular contra a **Lei Federal nº 1261**, que tornou obrigatória a vacinação contra a varíola.
- Enfrentamento devido ao autoritarismo das medidas de saúde pública.

6. Modelo Campanhista

- Baseado em campanhas sanitárias militares, com ações impositivas:
 - Vacinação obrigatória.
 - Desinfecção de espaços públicos.
 - Combate a epidemias (febre amarela, varíola e peste bubônica).
- Apesar dos abusos, obteve **vitórias importantes**, como a erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro.

7. 1920: Reforma de Carlos Chagas

- **Reestruturação do Departamento Nacional de Saúde:**
 - Criação de setores como educação sanitária e propaganda.
 - Luta contra tuberculose, lepra e doenças venéreas.
- Expansão do saneamento para outros estados e fundação da **Escola de Enfermagem Anna Nery**.

8. Hegemonia do Modelo Campanhista

- Tornou-se dominante na saúde coletiva por décadas, priorizando ações pontuais e de emergência, sem abordar amplamente as condições de vida da população.

Era Pré-Vargas (1900-1929)

1917: Greve por condições de trabalho

1919: Segunda greve

1923: Lei Eloy Chaves - **Criação das CAPs** (caixas de aposentadorias e pensões), **considerada o embrião da previdência social**. Com ação e oferta aos serviços de saúde, mas não para todos, **apenas para quem trabalhava nas grandes empresas**.

- 1923 – CAP dos Ferroviários;
- 1926 – Portuários e Marítimos;

-Características das CAP's:

- Por instituição ou empresa
- Financiamento bipartite (Trabalhador e Empregador)
- O Estado não tem a intervenção do financiamento
- Havia uma conta e os empregados depositavam recursos, as empresas depositavam
- Assistência médica aos trabalhadores: passa a existir uma organização de **assistência médica a cargo da Previdência**, configurando mais ainda a dicotomia entre o Ministério da Saúde (**ações em saúde**) e as ações que eram feitas pela Previdência Social (**ações assistenciais**)
- A população que não fazia parte desse grupo tinha assistência em saúde ofertada pela **filantropia**, geralmente, instituições religiosas
- Havia, portanto, as ações de promoção e prevenção ofertadas pelo Departamento Nacional de Saúde
- Dicotomia da Saúde no Brasil:
 - Saúde Pública: **prevenção e controle** das doenças; Modelo campanhista-MS
 - Previdência Social: Medicina individual (assistência) – exclusiva (para aqueles que trabalhavam em grandes empresas); **Modelo médico privatista** – Previdência (**foco na doença e nos sintomas, não o foco na vida do indivíduo, no motivo pelo qual ele está adoecendo**)

Era Vargas (1930-1954)

1930: Revolução de 30 - Criação dos Ministérios

- Teve início a mudança do modelo de produção: agrário → indústria
- Política do café com leite na região sudeste do Brasil
- Nova forma de organização do modo de produção no Brasil, inclusive novas formas de adoecimento, com a necessidade de se remodelar as ações que existiam antes da criação do SUS.
- Em 1930, comandada por Getúlio Vargas é instalada a revolução, que rompe com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República
- Foram criados:
 - Ministério do trabalho
 - Ministério da Indústria e Comércio
 - **Ministério da Educação e Saúde**
 - Juntas de arbitramento trabalhista

1933: **Criação dos IAPs**

- As caixas são unificadas em Instituto de Aposentadorias e Pensões **por categoria profissional**
- Os trabalhadores domésticos, rurais e informais só teriam acesso a esse tipo de atendimento em outra oportunidade
- Gestão financeira tripartite
- O governo oferta a gestão financeira dos Institutos, há a utilização de recursos, destinado ao trabalhador, para grandes obras do governo. A previdência já nasce em crise justamente por causa disso
- Os IAPs apresentavam problemas financeiros, principalmente em setores com mais aposentados do que trabalhadores ativos. O governo deixou de honrar os compromissos de financiamento, o que gerou dívidas
- Os IAP's foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim:
 - 1933: Criação do IAPM (aposentadoria e pensões dos marítimos)
 - 1934: Criação do IAPC (comerciários) e IAPB (bancários)
 - 1936: Criação do IAPI (industrialários)
 - 1938: Criação do IAPETEL (estivadores e transportadores de cargas)
- Peril epidemiológico: predomínio das doenças da pobreza; Falta de acesso a alimentação; melhora das doenças imunopreveníveis (vacinação); Surgimento das morbidades modernas (cardiopatas, neoplasias, acidentes e violência)

- A dicotomia entre Ministério da Saúde (ações em saúde) e Previdência Social (ações assistenciais) foi reforçada nessa época

1942: Criação do serviço Especial de Saúde Pública (SESP)

- Responsável por ações sanitárias em regiões afastadas do País
- O Brasil fez um acordo com os Estados Unidos na Guerra em que o Brasil ofertaria o látex para a produção de borracha e receberia o know-how que os Estados Unidos tinham para atendimento nos moldes da Fundação Rockefeller
- As grandes unidades de saúde ofertavam ações de saúde (promoção e prevenção) para todos, não havia exclusão
- Ações concentradas na área de campanhas sanitárias (materno-infantil, Tuberculose, Hanseníase)
- A parte assistencial, ofertada para todos ficava a cargo das ações incipientes nos pronto-atendimentos
- Organização do Setor Saúde: Saúde Pública passa a ser institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde e a medicina previdenciária pelo Ministério do Trabalho

1949: Criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU)

1953: Criação do Ministério da Saúde

Regime Militar (1964-1984)

1964: Golpe Militar e a deposição de João Goulart. A partir daí, o Brasil passaria por duas décadas de seguidos governos ditatoriais e que cercearam diversos direitos e liberdades da população, como consequência imediata para as políticas de saúde no Brasil, um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência.

1966: **Criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social)**, resultado da fusão dos vários IAPs. Para todos os **trabalhadores urbanos/formais**.

Obs (características da época): Política cerceadora, não alinhada com a vontade do povo; Centralização das decisões, principalmente na área da saúde; Estados e Municípios precisavam seguir o que fora planejado por outra esfera de governo (União), resultando em planejamentos totalmente divergentes do que os realmente necessários.

Peril epidemiológico: Condições de saúde continuam críticas; Acidentes de trabalho em concomitância com morbidades modernas e da pobreza; Algumas melhoras ocorrem

apenas nas doenças imunopreveníveis; Industrialização crescente no país, além da importação tecnológica; Dupla carga de doenças.

1967: Reforma Administrativa Federal, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel.

1969: : Organizado, pela Fundação Sesp, sistema de notificação de doenças e boletim epidemiológico.

1970: Criação pelo Ministério da Saúde a Superintendência de Campanhas de Saúde (SUCAM)

- No final de 1970 começa o **Movimento da Reforma Sanitária**, iniciado por **profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde**. Essa luta saiu do espaço acadêmico e foi para as ruas. Esse movimento iniciou pois o INPS era **previdenciário**, ou seja, apenas quem contribuía com a previdência social (trabalhadores formais) tinha direito a atendimento médico. **Isso deixava de fora milhões de brasileiros**, especialmente trabalhadores informais, desempregados e populações rurais.

1972: Previdência para autônomos e empregadas domésticas

1973: Previdência para trabalhadores rurais (FUNRURAL)

1974: Unificação Secretarias passando a constituir a **Secretaria Nacional de Saúde** e Criação do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social)

1976: 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários

1977: **Criação do INAMPS** (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social)

- Ofertava assistência médica para os previdenciários
- Pagamento às empresas privadas era um **cheque em branco**, eram pagos por produtividade, ou seja, unidade de serviço (US). **Essa expressão** descreve a **falta de controle rigoroso sobre os gastos e pagamentos**. Em vez de haver uma fiscalização eficiente sobre os serviços prestados, o INAMPS muitas vezes **pagava grandes quantias sem verificar se os atendimentos realmente haviam sido realizados** ou se os custos estavam corretos. Muitos hospitais privados superfaturavam procedimentos ou até cobravam por serviços não realizados, sabendo que o INAMPS pagaria sem questionar.
- Uma característica marcante dessa época era que, a previdência, ao invés de manter os seus espaços para atendimento dos trabalhadores, ela contratou espaços para realizar esse atendimento, gerando um gasto excessivo
- Em 1982 ocorre uma crise.

1978: Conferência de Alma-Ata: germinou o debate entre vários países sobre a **importância da atenção primária** à saúde e trouxe para a discussão a **lógica necessária de oferta de assistência médica às grandes massas** e que impulsionou o debate de um novo modelo de saúde no Brasil. Primeira conferência internacional de cuidados em saúde, relacionados à atenção primária.

1981: Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) e Início das AIS (Ações Integradas de Saúde)

- Na tentativa de conter custos e combater fraudes o governo criou em 1981 (CONASP) ligado ao INAMPS.

1983-1984: Implementação AIS

Resultado do plano CONASP, as **Ações Integradas de Saúde (AIS)** com influência da **conferência de Alma Ata** foram uma estratégia para integrar os serviços de saúde da previdência social (INAMPS) com os serviços públicos estaduais e municipais. O objetivo era **ampliar o acesso à saúde** para toda a população, superando o modelo excludente que atendia apenas trabalhadores formais e poucos informais.

As AIS representaram uma **conquista do Movimento da Reforma Sanitária**, que começou na década de 1970. Elas foram um **experimento prático** das ideias defendidas pelos sanitaristas, promovendo:

- **Integração dos serviços de saúde** entre diferentes esferas de governo;
- **Descentralização da gestão**, com participação de estados e municípios;
- **Ampliação das ações de atenção primária** e prevenção de doenças.

Embora tivessem limitações, as AIS foram um **passo importante na transição para o SUS**, servindo como base para a criação do sistema de saúde universal garantido pela Constituição de 1988.

Nova República- Redemocratização (1985-1988)

1985: Fim do regime militar

- O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves (por voto indireto) marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS)

Embora não fosse uma eleição direta, a vitória de Tancredo simbolizou uma **ruptura com o regime militar** e o avanço do processo de redemocratização.

- Mobilização pelas “DIRETAS JÁ”: Diretas Já foi um movimento político de cunho popular que teve como objetivo a retomada das eleições diretas ao cargo de presidente da República no Brasil, durante a ditadura militar brasileira.
- Saúde na agenda política
- Houve o começo das discussões da necessidade da população em saúde.
- **Difusão da proposta da reforma sanitária:** conceito ampliado de saúde (a forma de viver das pessoas passa a ser levada em consideração); Reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, com a criação do Sistema Único de Saúde (para que todos fossem iguais em relação à saúde brasileira) e a participação popular (controle social).

1986: 8ª Conferência Nacional de Saúde











- Lançou as bases da reforma sanitária e do **SUDS** (Sistema Único Descentralizado de Saúde), este sendo **estratégia-ponte/ estadualização** da saúde até o surgimento do SUS.
- **Pela primeira vez**, na história do país, essa Conferência **permitiu a participação da sociedade civil** organizada no processo de construção de um novo ideário para a saúde.
- Tema da 8ª conferência: **“Saúde como direito de todos e dever do Estado”**
- Discutiu três temas essenciais: **A saúde como dever do Estado e direito do cidadão; A reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.**
- O relatório final de 8ª Conferência Nacional de Saúde define o conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”
- Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde
- **Separação total da saúde em relação à Previdência.**

SUDS não é antecessor em características do SUS

O SUS **não** nasce na oitava conferência

1987: Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

- Os municípios passam a sair do papel de somente executor para determinador de suas necessidades com a ajuda do Estado
- Princípios básicos do SUDS: A UNIVERSALIZAÇÃO • A EQUIDADE • A DESCENTRALIZAÇÃO • A REGIONALIZAÇÃO • A HIERARQUIZAÇÃO E • A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA
- Tudo que era do antigo INAMPS passa agora à Secretaria Estadual de Saúde

1988:      **Institucionalização do SUS pela Constituição Federal de 1988, com disposições sobre a Seguridade Social**     

- Três pilares da seguridade social: (1) Saúde, a (2) Assistência Social e a (3) Previdência.

Período pós-constituente

1990: Primeira eleição direta pós-regime militar

- O governo Collor, reduziu em quase metade os recursos para a saúde. Era o “caos do SUS”
- Aprovação das Leis Orgânicas da Saúde – LOS: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90;

1991: Edição da primeira norma operacional básica

- NOB 91 (retroage em termos de fiscalização)
- **Criação da PACS** - Programa de Agentes Comunitários é criado e a atenção básica começa a ganhar importância no Sistema de Saúde.

1992: Impeachment de Collor- O período de 1990 a 1992 foi considerado a era de caos do SUS porque nele havia subfinanciamento, falta de pagamento aos trabalhadores e existia uma mídia muito forte contra o SUS.

- Ocorre a 9ª Conferência tenta resgatar o que se teve na 8ª porque Collor, tecnicamente, para o SUS, ele foi o pior presidente. Tema: Municipalização é o caminho – Indica o caminho da descentralização: municipalização e participação social; – Propõe a criação de comissões intergestores bipartite, em nível estadual, e tripartite, em nível federal, para tomada de decisões; – Delibera a realização de conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional;
- Edição da NOB 92 (não foi implementada);
- Retomada dos ideais da Reforma;
- Governo de Itamar Franco;

1993: Acontece a **IX Conferência Nacional de Saúde**

- **Com a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei e a NOB 93 é editada, trazendo avanços.** Há a classificação dos municípios em **incipientes, parciais e semiplenos**
- **Incipiente:** Um município pequeno, sem secretaria municipal de saúde estruturada, que dependia de um hospital estadual e de verbas do governo estadual para oferecer atendimento básico. **Parcial:** Um município médio que já oferecia consultas médicas básicas, vacinação e acompanhamento de gestantes,

mas ainda dependia de hospitais estaduais para atendimentos mais complexos.

Semiplenos: Um município grande, com hospital próprio, várias UBSs, atendimento especializado e programas de saúde pública estruturados (como combate à dengue e assistência farmacêutica).

- A NOB-93 foi importante porque **permitiu que os municípios assumissem a gestão da saúde de forma gradual**, conforme demonstrassem capacidade técnica e administrativa. Essa classificação evoluiu nas normas seguintes (NOB-96 e NOAS-2001), até que o **município se tornasse o principal gestor do SUS**, consolidando o princípio da **descentralização**.

1994: Criação do Programa Saúde da Família (PSF). Grande avanço para a Atenção Básica no Brasil. Percebeu-se que o PACS, sozinho, não conseguiria lidar com a Atenção Básica, com isso, surge em 94 o Programa de Saúde da Família com a composição de médico, enfermeiro, técnico auxiliar de enfermagem e um quantitativo de agentes da saúde que cobrisse a população.

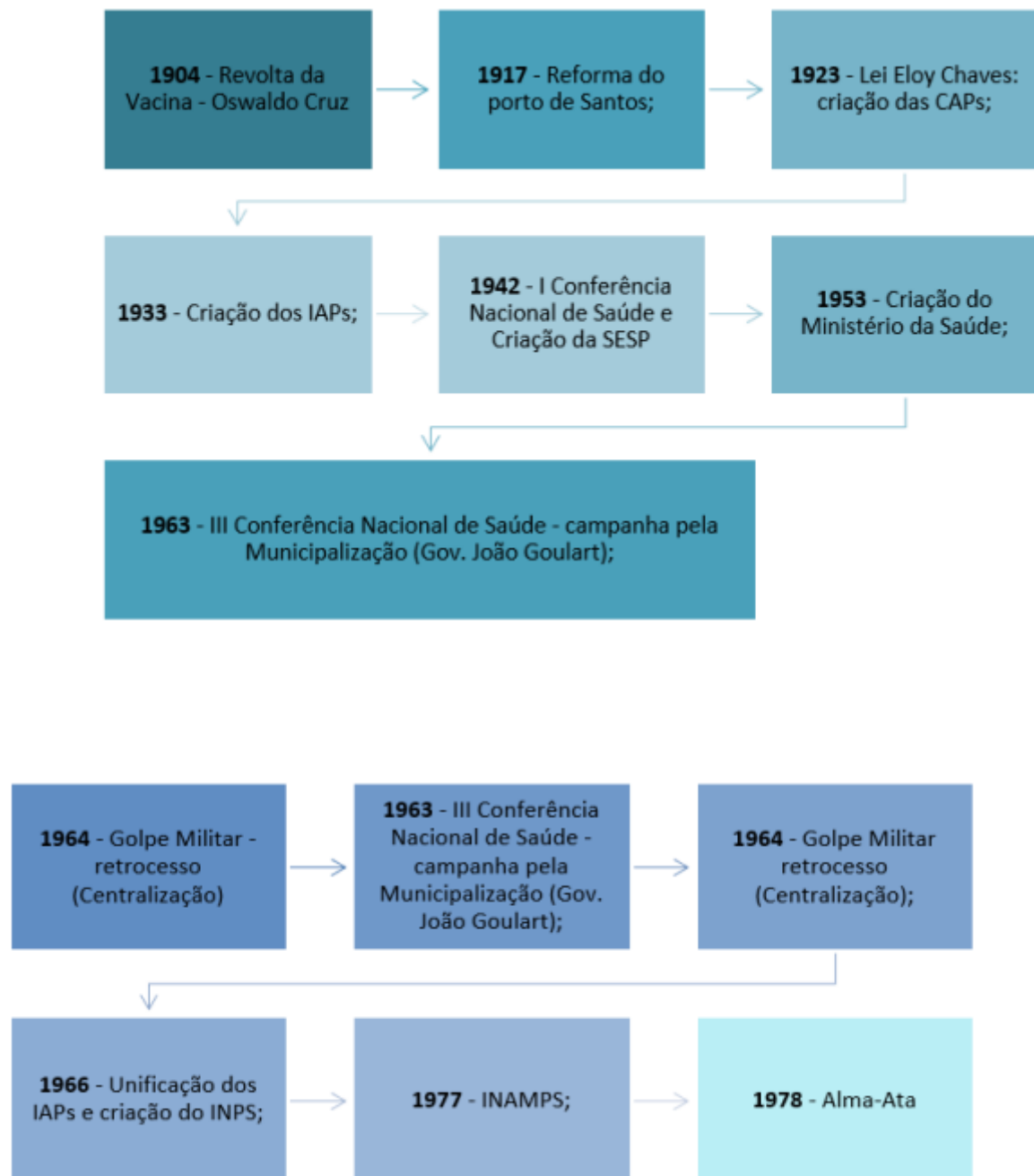
1996: A **NOB 96** é editada e regulamenta o SUS e prevê as formas de gestão estadual e municipal, repasses financeiros e ampliação da atenção básica em 1998. **Cria o piso da atenção básica e fortalece as ações de primeiro nível** (NOB municipalizadora). **Surgem os conceitos de gestão plena e gestão básica.**

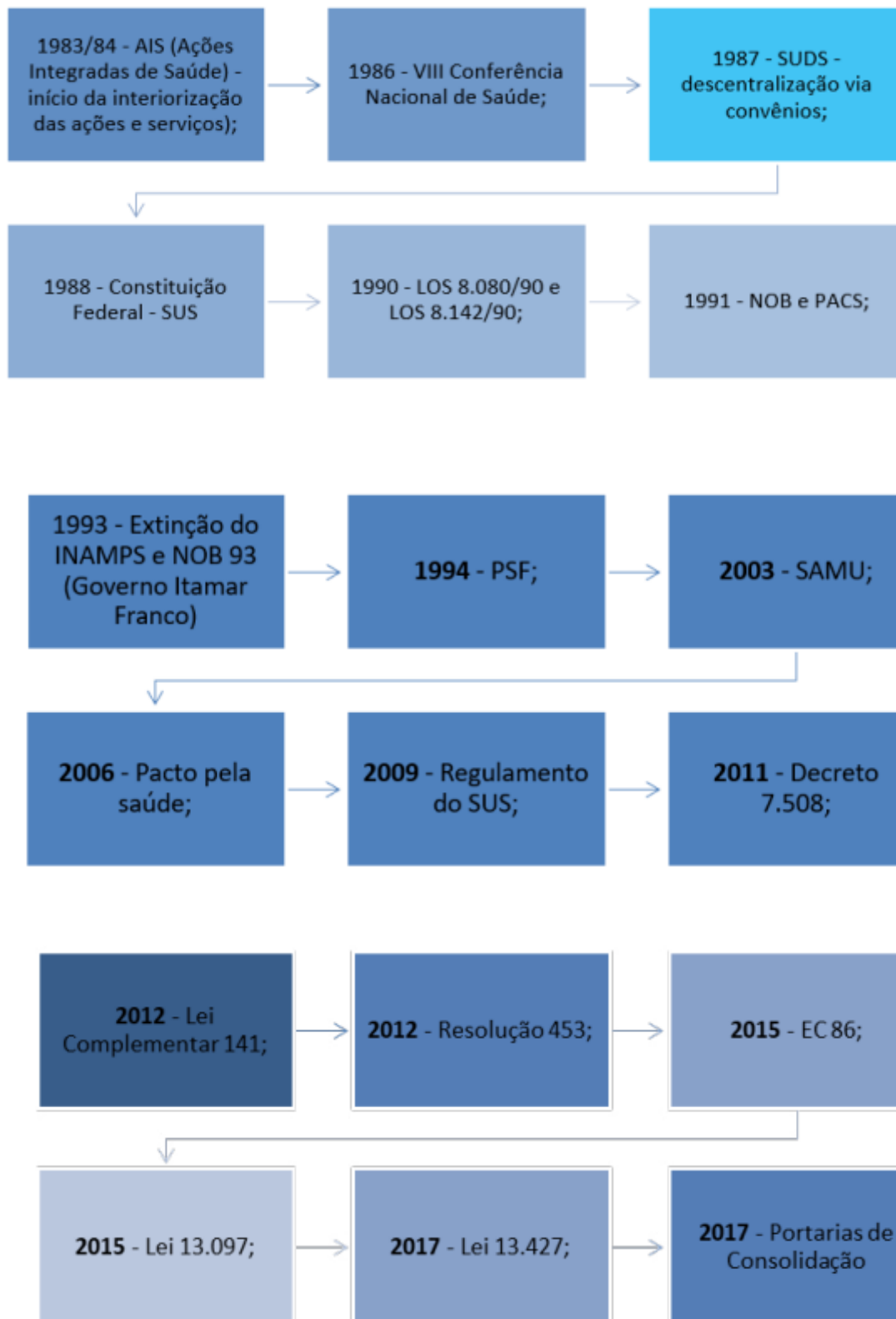
- Permitiu a transição dos municípios de prestador a executor do sistema de saúde.
- **Municipalização** da saúde reconhecendo a diversidade das situações. **Cada gestor municipal planeja suas ações de acordo com o meio.**
- **Habilitação dos municípios**, que agora poderia ser feita em duas classificações: Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal.
- 10ª Conferência Nacional de Saúde Tema: Saúde, cidadania e políticas públicas; gestão e organização dos serviços de saúde; controle social na saúde; financiamento da saúde; recursos humanos para a saúde; atenção integral à saúde. Propõe a construção do modelo de atenção à saúde.

2000: 11ª Conferência Nacional de Saúde Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Delibera sobre o financiamento da atenção à saúde: fontes, critérios para repasse de recursos, gestão de recursos; Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, é intensificada a discussão sobre a humanização, que já havia sido iniciada e posteriormente deu origem à PNH (Política Nacional de Humanização) em 2003.

2001 e 2002: Normas Operacionais de Assistência à Saúde-Nos anos de 2001 e 2002 surgiram as NOAS 01 e 02, que possuíam características **estadualizadoras**, ou seja, traziam o Estado para uma posição à frente dos municípios. As NOAS possuem uma força muito grande em relação à regionalização, proporcionando identificar quais os

municípios mais potentes em capacidade instalada, influenciando diretamente na regulação da distribuição de recursos por parte do Estado.







- 2003 – Criação do SAMU, 12ª Conferência Nacional de Saúde e nascimento da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH).
- 2006 – Foi lançada a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria 648); Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria 687) e Divulgação do **Pacto pela Saúde** através da Portaria 399/06. O Pacto é composto por 3 componentes, cada um traz prioridades para todas as esferas de governo: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão.)
- 2009 – Regulamento do SUS.
- 2011 – Cria outras portas de entrada (não só atenção primária): rede de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviço especial de acesso aberto. Mantém a atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema.
- 2012 – LC 141. Fixa os percentuais mínimos de contrapartida dos Municípios e Estados, contudo não fixa do Governo Federal (gastos do ano anterior acrescido de variação nominal do PIB). Gastos com a saúde. Resolução n. 453, revoga a Resolução n. 333/2003, dispõe sobre a organização dos Conselhos de Saúde (autonomia administrativa e financeira), composta por cinco diretrizes.
- 2015 – EC/86 altera o art. 198 da CF/88 fixando percentual de contrapartida mínimo do Governo Federal.
- 2017 – Nova PNAB retrógrada. Lei 13.097 altera a Lei Orgânica no que tange a mudança no texto e permissões da participação de capital estrangeiro.
- Lei 13.427 institui o princípio do SUS relacionado às mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.
- Há seis Portarias de Consolidação:
 - Portaria de Consolidação n. 1 – normas sobre direitos, deveres, organização e funcionamento do SUS. Planeja SUS e os direitos e deveres dos usuários da saúde.
 - Portaria de Consolidação n. 2 – Políticas de saúde e classificação. Há aula somente para esta temática.
 - Portaria de Consolidação n. 3 – Redes de atenção à saúde. RAP's, rede de urgência, grande rede definida pela Portaria 4279 que também foi

recepcionada. • Portaria de Consolidação n. 4 – Sistemas e subsistemas de saúde. • Portaria de Consolidação n. 5 – Ações e Serviços do SUS. • Portaria de Consolidação n. 6 – Financiamento.

- 2017 – Portaria 2436 revogada por Consolidação em 2017 e que há alterações nos textos anexos na Portaria de Consolidação n. 2/2017 (anexo XXII).
- 2018-A Política Nacional de Vigilância em Saúde foi publicada por meio da Resolução n. 588/18. A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.
- 2019 – Modificação da forma de repasse de recurso do Governo Federal para a atenção básica. É considerada retroativa porque traz link com cadastramento, alcance de metas que podem não ser alcançadas e muitos municípios perderam recursos em razão da mudança.

EAP A equipe da PNAB de atenção básica foi extinta e foi instituída as equipes de Atenção Primária (eAP), através da Portaria 2.539/2019. Estão no Anexo da Portaria n. 2 de Consolidação. As equipes têm composição mínima de médicos e enfermeiros, não vinculando a possibilidade de inclusão do agente de saúde.

- 2020 – Nenhum NASF poderia ser criado a partir de janeiro/2020, deixando as constituições dos NASF a cargo do gestor local.

2020 – Lei nº 14.021 (7 de julho de 2020)

- Criou o **Plano Emergencial para Enfrentamento da Covid-19** nos territórios indígenas.
- Estabeleceu **medidas de apoio para comunidades quilombolas, pescadores artesanais e povos tradicionais**.
- Alterou a **Lei 8.080/90** para garantir **recursos adicionais em emergências sanitárias e calamidades públicas**.

2021 – Lei nº 14.141 (19 de abril de 2021)

- Alterou o **art. 16 da Lei 8.080/90**, facilitando o **envio de material genético brasileiro para o exterior** durante emergências de saúde pública.
- Reduziu a burocracia para a **pesquisa e desenvolvimento** de soluções baseadas no nosso patrimônio genético, como ocorreu com o **Zika vírus**.

2022 – Lei nº 14.313 (21 de março de 2022)

- Modificou a Lei 8.080/90 para melhorar o **processo de incorporação de tecnologias ao SUS**.

- Permitiu o uso de **medicamentos com indicações diferentes das aprovadas pela ANVISA**, desde que tenham respaldo da **CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS)**.
- Isso permite que novos tratamentos sejam adotados com **base em evidências científicas**, mesmo sem a aprovação específica da ANVISA.